Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
ul. Dworcowa 2, 63-200 Jarocin
tel. (62) 503 37 33

..... RON.5550. .2021
Data wpływu numer kolejny wniosku

W N I O S E K

o dofinansowanie zakupu urządzeń (wraz z montażem) lub wykonania usług ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej w jej imieniu rodzice, bądź opiekun prawny.)

Dane i informacje o Wnioskodawcy (*proszę wypełnić drukowanymi literami*)

Nazwisko i imię oraz adres Wnioskodawcy*

Nazwisko i imię .....

PESEL .....

..... miejscowość	.....-..... kod pocztowy	nr domu		tel. .....
		nr lokalu		
..... powiat	..... województwo	ulica		
		gmina		

I.A. Stopień niepełnosprawności.(1)

1	znaczny	
✂	inwalidzi I grupy	
✂	osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
✂	osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
✂	osoby w wieku do 16 lat (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat) którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2	umiarkowany	
✂	inwalidzi II grupy	
✂	osoby całkowicie niezdolne do pracy	
✂	inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę i głuchoniemotę	
3	lekki	
✂	pozostali inwalidzi III grupy	
✂	osoby częściowo niezdolne do pracy	
✂	osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

I.B. Rodzaj niepełnosprawności (1)

1	dysfunkcja narządu ruchu :	
	- dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
	- dysfunkcja kończyn dolnych	
	- dysfunkcja kończyn górnych	
	- inna dysfunkcja narządu ruchu	

(1) wstawić X we właściwej rubryce

*w przypadku gdy osoba dorosła ubiega się o dofinansowanie dla dziecka Wnioskodawcą jest dziecko

2	dysfunkcja narządu wzroku	
3	dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
4	deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
5	niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

II. Sytuacja zawodowa (1)

1	Zatrudniony*/prowadzący działalność gospodarczą*	
2	osoba w wieku od lat 18 do 24 ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca*	
1	bezrobotny poszukujący pracy* / rencista poszukujący pracy*	
2	Rencista* / emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	
3	dzieci i młodzież do lat 18	

III. Osoby niepełnosprawne zamieszkujące z Wnioskodawcą

Imię i nazwisko		pokrewieństwo	niepełnosprawność	
			stopień (2)	rodzaj (3)
1		Wnioskodawca		
2				
3				

IV. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

	(1)	(4)	
1. na likwidacje barier			
a) nie korzystałem			
b) korzystałem			
2. korzystałem na inne cele ustawowe i rozliczyłem się			
3. korzystałem na inne cele ustawowe i jestem w trakcie rozliczania			
4. korzystałem i nie rozliczyłem się			

V. Informacja o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł, przeznaczonym na ten sam cel

.....

VI. Deklarowany udział własny Wnioskodawcy i / lub sponsora

1	Deklarowany udział własny (minimum 5 %)	%
2	Deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania	%

VII. Proszę o dofinansowanie …….....

……

(należy podać nazwę urządzenia (ewentualny montaż), rodzaj usług itp.)

VIII. Uzasadnienie wniosku (W tym miejscu należy wskazać przeznaczenie sprzętu i jakie bariery w komunikowaniu zostaną zlikwidowane)

……

……

……

……

……

---

*niepotrzebne skreślić

(2) Proszę wstawić odpowiednie oznaczenie cyfrowe z tabeli I.A.

(3) Proszę wstawić odpowiednie oznaczenie cyfrowe z tabeli I.B.

(4) proszę podać przedmiot, wysokość przyznanego dofinansowania (w zł) oraz rok przyznania

……
……
……
Nazwa banku i numer rachunku bankowego …….
……
IX. Przewidywany koszt realizacji zadania
.....zł
Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania** .....zł

.....
(podpis Wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego*, opiekuna prawnego*, pełnomocnika*)

Uprzedzony(a) o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i 1a ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (t.j Dz.U. z 2020 poz. 1444) oświadczam, że dane we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować
Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w likwidacji barier (w zależności od przyznanej pomocy finansowej – co najmniej 5% kwoty brutto zrealizowanego zadania)

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Jarocinie informuje, że wnioski rozpatrywane będą po otrzymaniu środków finansowych na dany rok kalendarzowy aż do momentu ich wyczerpania.

Przyjmowane i rozpatrywane będą tylko wnioski kompletne.

Dofinansowanie ze środków PFRON nie przysługuje, jeżeli Wnioskodawca ma zaległości wobec PFRON lub był w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku , stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON , rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy.

.

.....
(podpis Wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego*, opiekuna prawnego*, pełnomocnika*)

IX. Przedstawiciel ustawowy **(dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik**
imię (imiona) i nazwisko..... (imię ojca) .....
dowód osobisty: seria..... nr .....wydany w dniu ..... przez .....
..... PESEL..... nr NIP
..... dokładny adres: miejscowość.....
ul. .....nr domu..... nr lokalu..... nr
kodu .....-..... poczta.....powiat .....
województwo..... nr tel .....
Ustanowiony opiekunem postanowieniem Sądu Rejonowego* z dn. .....sygn. akt.....
Na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza * z dn.....repet. Nr ..... (należy dołączyć kopię powyższego dokumentu).

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie równoważne, o którym mowa w art. 1 lub w art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (t.j Dz.U. z 2020, poz. 426 ze zm..) (oryginał do wglądu).
2. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób(oryginał do wglądu).

** kwota wnioskowanego dofinansowania jest to 95% przewidywanego kosztu likwidacji barier, nie więcej jednak niż 15-krotne przeciętne wynagrodzenie.
* niepotrzebne skreślić

3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu **i o problemach wynikających ze schorzenia,** (czytelnie w języku polskim).
4. Ofertę cenową sprzętu / urządzenia.
5. Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy. W przypadku osoby zatrudnionej lub prowadzącej działalność gospodarczą potwierdzenie zatrudnienia lub wydruk z CEIDG.
6. W przypadku ubiegania się o dofinansowanie do **zakupu komputera** należy załączyć opinię lekarza specjalisty (dzieci zaświadczenie logopedy lub pedagoga szkolnego) potwierdzającą konieczność posiadania komputera do celów swobodnego porozumiewania się i/lub przekazywania informacji.

Uwaga!

Likwidacja barier w **komunikowaniu** polega na likwidacji ograniczeń uniemożliwiających lub utrudniających osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji oraz kontakt z otoczeniem.

Dofinansowanie nie obejmuje kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON!

Adnotacje Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie.

Sposób rozpatrzenia wniosku

.....
.....
.....

Decyzja o przyznaniu dofinansowania

.....
.....
.....

.....
(data i podpis)

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Ja * niżej podpisany(a)……...zamieszkały(a) w
/ imię i nazwisko /

……...
/ adres zamieszkania /

pouczony(a) o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 §1 i 1a Ustawy z dn.6 czerwca 1997r. Kodeksu Karnego (Dz.U. 2020, poz. 1444.) za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, oświadczam, że jestem osobą samotnie gospodarującą/ prowadzę wspólne gospodarstwo domowe, w którym wraz ze mną pozostają następujące osoby **

* w przypadku osoby niepełnoletniej wypełnia jeden z rodziców lub opiekun prawny

** niepotrzebne skreślić

		Przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych
1.	Wnioskodawca: ……	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – **poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:**		x
2.		
3.		
4.		
5.		
	RAZEM	

Przeciętny miesięczny dochód na jedną osobę w rodzinie za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił…… zł.

W przypadku osoby samotnie gospodarującej, przeciętny m miesięczny dochód za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił…….. zł.

POUCZENIE

Przeciętny miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych(tekst jednolity: (Dz. U. z 2020 r., poz. 111) to miesięczny dochód rodziny pomniejszony o podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc założenia wniosku.

***** art.233 §1 Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

*****art.233 §1a Jeżeli sprawca czynu określonego w §1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższym, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

…… ……..……

data podpis Wnioskodawcy

Informacja
o przetwarzaniu danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Jarocinie*

1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Jarocinie, dalej PCPR Jarocin. Dane teleadresowe: ul. Dworcowa 2, 63-200 Jarocin, tel.: 62 505 46 06, e-mail: pcpr@pcprjarocin.pl
2) Funkcję Inspektora Ochrony Danych Osobowych pełni dr n. prawnych Bartosz Mendyk. Z Inspektorem można się kontaktować pod adresem iod@powiat-jarocinski.pl oraz tel. 507-054-139.
3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu weryfikacji i przyznania dofinansowania na likwidacje barier w komunikowaniu się ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
4) Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych realizowane będzie na podstawie prawnej określonej przez art. 6 ust. 1 lub art. 9 ust. 2 RODO i wynikać będzie z przepisów prawa określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz innych aktach prawnych określających zadania i obowiązki do realizacji przez PCPR. Administrator nie planuje dalej przetwarzać danych osobowych w celu innym niż cel, w którym dane osobowe zostały zebrane.
5) Kategorie przetwarzanych danych osobowych: dane zwykłe, szczególne kategorie (wrażliwe).
6) Dostęp do Pani/Pana danych osobowych znajdujących się w PCPR Jarocin posiadają wyłącznie upoważnieni pracownicy i tylko w zakresie niezbędnym do realizacji obowiązków służbowych. Odbiorcami mogą być inne instytucje publiczne, w szczególności Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i tylko na podstawie obowiązujących przepisów prawa. Dane nie będą przekazane odbiorcy w państwie trzecim lub organizacji międzynarodowej.
7) Pani/Pana dane osobowe pozyskiwane mogą być z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
8) Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany przepisami kancelaryjno – archiwalnymi obowiązującymi w PCPR Jarocin zgodnie z ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach tj. 10 lat.
9) Posiada Pani/Pan prawo (żądania):
   - dostępu do swoich danych,
   - w dowolnej chwili wycofać zgodę w tak łatwy sposób, jak jej udzielono,
   - do sprostowania (poprawiania) danych,
   - do ograniczenia przetwarzania danych,
   - wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.

   Zakres Pani/Pana praw (żądań) jest ograniczony i wynika z obowiązków nałożonych przez przepisy prawa na administratora. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem dalszego przetwarzania, którego dokonuje się na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
10) Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym profilowane.
11) Posiada Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa) gdy uzna, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
12) W przypadku kiedy Pani/Pan podajecie swoje dane osobowe do przetwarzania w celu przyznania dofinansowania barier w komunikowaniu się podanie danych jest obowiązkowe, a niepodanie danych spowoduje odmowę rozpatrzenia wniosku.

* Obowiązek informacyjny wobec osób, które dane dotyczą, wynika z art. 13 Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO)